

RESGATANDO TRAJETÓRIAS DE VIDA DE IDOSOS RENAI CRÔNICOS [Getting back to life of elderlies chronic renal failure]

Lisandra Bialy*

Maria Helena Lenardt**

Dayse Doris Pasqual***

Viviane Maysa Tomazoni Renaud***

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com 25 doentes idosos renais crônicos em uma clínica particular de hemodiálise, que teve como objetivo descrever a trajetória desses doentes. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário aplicado aos idosos, com perguntas do tipo aberta abordando a identificação e a trajetória. Os dados demonstraram que: a idade variou de 60 a 83 anos; 60% moram com o cônjuge; 50% viviam em função do trabalho; ser paciente de hemodiálise significa “estar preso a uma máquina” (37%); 36% se posicionaram a favor do transplante renal e 64% são contra. As principais dificuldades por eles citadas foram a locomoção para as sessões de hemodiálise; as financeiras (30,6%) e o cansaço da rotina de hemodiálise (14,2%).

PALAVRAS CHAVE: Insuficiência renal crônica; Hemodiálise; Idoso.

1 INTRODUÇÃO

Desde as antigas civilizações, como a egípcia e a babilônica, o homem tem perseguido o sonho de se tornar longo vivo com uma vitalidade juvenil. Escritos gregos e romanos fazem referências interessantes que reforçam a suposta existência de fontes que conferiam o poder do rejuvenescimento. Entre essas referências destaca-se: “Hera, a esposa de Zeus, banhava-se a cada ano em uma fonte que renovava sua virgindade. E a outra menciona que Heródoto relatou uma busca por uma fonte e lago cujo uso constante fazia com que as pessoas vivessem mais. A água era absolutamente incomum; nada flutuava nela [...] era estranhamente oleosa e apresentava um odor forte”(Segeber apud Busse, 1999).

Além da água, outras substâncias também possuíam a propriedade de rejuvenescimento, como a ambrósia, o

néctar dos deuses gregos e romanos, o soma dos hindus e o *octli* do Peru e México antigos. Há referências de pedras preciosas, fogo, feitiços e cerimônias considerados como formas de aumentar a expectativa de vida (Hayflick, 1996).

De acordo com Hayflick (1996), o berço do conhecimento da alquimia é a China, sendo transmitido ao Ocidente provavelmente por intermédio da ciência árabe. Esse mesmo autor relata uma experiência, realizada no século I a.C., por um chinês que praticava a alquimia e que “aconselhou o imperador Han a transmutar o mercúrio em ouro e fazer talheres com esse ouro. Comendo e bebendo com esses utensílios, ele alcançaria a imortalidade”(Hay Hick, 1996).

A alquimia, considerada ciência química, tinha como premissas básicas a transmutação de metais básicos em ouro e a descoberta do elixir ou “pedra filosofal” que possibilitasse o prolongamento indefinido da vida. Um dos médicos mais famosos do século X segundo Busse (1999), Ibn-Snia se rendeu ao princípio do elixir da vida e na tentativa de descobri-lo entregou-se ardorosamente ao trabalho, mas nenhuma comprovação científica surgiu a esse respeito.

Mitos e lendas à parte, o que está de fato ocorrendo na sociedade humana é uma transição demográfica de populações com perfil jovem para o de populações com o perfil mais envelhecido. Estudos epidemiológicos e projeções para o ano 2025 apontam que o Brasil deverá ter a sexta maior população idosa em nível mundial (Duarte, 1996; Veras, 1998; Gonçalves et al., 1997).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo individual, dinâmico, progressivo e não-patológico no qual evidenciam-se transformações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que causam uma diminuição da capacidade de manter o equilíbrio homeostático. Com o envelhecimento há dificuldade de adaptação do organismo frente às agressões internas e externas.

É certo que o organismo sofra alguma deterioração ao longo do ciclo da vida, mas definitivamente a velhice não significa doença, incapacidade, perda da cidadania e exclusão social. Inserido em uma sociedade de consumo que exalta o

* Acadêmica de Enfermagem da UFPR. Rua Saint Hilaire, 657 apto 32. Fone 242-8751. Curitiba-PR. E-mail fraubialy@bol.com.br

** Profª Adjunto do Departamento de Enfermagem – UFPR. Doutoranda em Filosofia de Enfermagem – UFSC. Membro do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA.

*** Enfermeiras Assistenciais.

padrão de beleza jovem e que só valoriza a máquina (humana) que produz através do trabalho intenso, o idoso é negativamente estereotipado de “velho”, discriminado e excluído por não ser mais “produtivo”. A sociedade atual, como afirma Birmam apud Assis (1998), “reserva à velhice uma série de preconceitos e tabus que, incorporados e reproduzidos pelos próprios idosos, acentuam a tendência de segregação dos mais velhos, sustentada pela idéia de que são pessoas que existiram no passado, realizaram o seu percurso psicossocial e que esperam [...] o momento fatídico para sair inteiramente do mundo”.

A interação com o meio social pode estar prejudicada em virtude do próprio processo de envelhecimento, como analisam Lima (1997) e Assis (1998), pois tornam-se evidentes as alterações perceptivas (audição e visão), as alterações da capacidade física (redução da força muscular, aumento da fadiga, alteração neuromuscular, problemas ósteo-articulares) e os déficits cognitivos.

Todas essas modificações limitam ou inabilitam o idoso de desempenhar papéis e obrigações sociais e familiares, o que Fernandes (1999) considera como importantes fatores de risco que contribuem com a morbimortalidade. É necessário releva também a perda de autonomia e da independência dos que envelhecem, pois interferem de maneira a prejudicar a sociabilidade e o bem-estar. Goldim (1997) defende a idéia de que o idoso deve ter preservado o direito, conquistado ao longo de sua vida, de autonomia. Paschoal apud Fernandes (1999) ressalta que as principais variáveis envolvidas no desajuste psicossocial são: aposentadoria, viuvez, perda de amigos, alterações na composição e na dinâmica familiar, mudança de residência, migração e dificuldades funcionais.

A fim de desempenhar uma assistência especializada e com qualidade ao doente em idade avançada, se faz mister o enfermeiro avaliar os aspectos orgânicos, psíquicos, sociais, políticos e econômicos do doente idoso.

Lazaeta apud Assis (1998), reforça o exposto de que:

“...o organismo humano experimenta o desgaste inerente à finitude dos seres vivos, mas esta diminuição não significa necessariamente déficit já que o organismo funciona com níveis variados de superávit ou de reserva e, o que é mais importante, existe a possibilidade de intervir para atenuar e compensar os efeitos de tal desgaste sobre a capacidade dos indivíduos de seguir desempenhando por si mesmos suas atividades cotidianas.”

Observamos com o envelhecimento que cada sistema orgânico reduz sua atividade, além de sofrer influências que colaboram para acelerar essa redução, como genes, hábitos pessoais, tipo de alimentação e o meio ambiente em que o idoso está inserido, (Fernandes, 1999).

Dentre as principais alterações anatômicas e morfológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento destacam-se a renal, onde ocorre redução do tamanho e do peso dos rins, diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal glomerular e tubular, esclerose e hialinização glomerulares, diminuição da superfície filtrante glomerular e redução do comprimento e volume dos túbulos proximais, Nussenzweig (1994); Papaléo Netto (1996). As principais alterações analisadas do ponto de vista funcional são: queda da filtração glomerular, redução do aporte sanguíneo renal, aumento da resistência nas arteríolas aferentes e eferentes e declínio da capacidade máxima de concentração e de diluição urinária, como aponta Nussenzweig (1994). Com relação ao sistema hormonal, Copeland apud Vieira & Glashan (1996), afirmam que há uma redução na síntese de hormônios produzidos pela camada glomerulosa, como a aldosterona e em contrapartida a um aumento na síntese de hormônios hipotalâmicos como o antidiurético.

Estas alterações da função renal são consideradas coadjuvantes ao envelhecimento normal e aumentam a susceptibilidade do idoso à insuficiência renal, seja ela aguda ou crônica. A incidência de doenças sistêmicas, como diabetes, aterosclerose, hipertensão e insuficiência cardíaca são fatores aumentam ainda mais a probabilidade do rim tornar-se menos capacitado a responder a alterações hidroeletrólíticas agudas, (Smeltzer & Bare, 1994).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma deterioração progressiva, irreversível, da função renal, na qual a capacidade do organismo de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico entra em falência, resultando assim em uma crescente elevação da creatinina e uréia, e levando conseqüentemente a uma constelação de sinais e sintomas e anormalidades bioquímicas denominadas de uremia. Almeida (1998), acredita que a progressão da IRC “é decorrente de múltiplos mecanismos vasculares, metabólicos e imunológicos que envolvem fatores hemodinâmicos e mecânicos, substâncias vasoativas, citocinas e fatores de estresse” que aceleram o processo oxidativo das células. Comprovada a falência renal do doente, é vital a realização de hemodiálise, que consiste em um processo extracorpóreo de depuração do sangue através de uma membrana semipermeável, como elucida Riella (1996), com a finalidade de remover substâncias que necessitam ser eliminadas pelo organismo e de fornecer os componentes desejáveis através da solução de diálise.

Riella (1996) esclarece que no Brasil não há dados fidedignos sobre a incidência e prevalência da insuficiência renal crônica, mas sabe-se que no ano de 1996 havia 25.000 doentes em tratamento dialítico, ou seja, uma prevalência de 166 pacientes por milhão de habitantes. Ainda, não

encontramos na literatura dados relacionados ao idoso em tratamento dialítico, entretanto esse estudo é fruto da necessidade de obtenção desses dados e é um recorte de um projeto maior que objetiva caracterizar os idosos renais crônicos que utilizam o atendimento de tratamento dialítico na cidade de Curitiba.

Portanto esse estudo tem como objetivo descrever a trajetória do idoso renal crônico dependente de tratamento hemodialítico.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo que possibilitou levantar problemáticas com base em uma realidade vivenciada e também reforçar e ampliar os conhecimentos de um pequeno recorte do universo geronto-geriátrico.

A pesquisa foi desenvolvida em uma clínica particular especializada no tratamento de pessoas acometidas de doença renal crônica submetidas ao tratamento de hemodiálise, na cidade de Curitiba durante o mês de junho de 2000. Atualmente a clínica atende 101 clientes de diversas faixas etárias; destes, 25 (24,7%) são idosos renais crônicos e conseqüentemente dependentes de hemodiálise.

Nesse estudo foi definido o idoso aquele doente com idade igual ou superior a 60 anos, segundo o preconizado pela Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em 1982 pela Organização das Nações Unidas, que estabeleceu para os países como o Brasil o limite mínimo de 60 anos para definir a velhice no ciclo de vida humano, (Duarte, 1998; Papaléo Netto, 1996).

A coleta de dados para posterior análise foi realizada em duas etapas interligadas e dependentes.

- a) Busca ativa, leitura do prontuário e interação das pesquisadoras com os doentes idosos por meio de cuidados técnicos como a mensuração da pressão arterial pré e pós- hemodiálise, aplicação da eritropoetina recombinante humana no tecido subcutâneo para evitar anemia, dentre outros além de cuidados de competência sócio-afetiva tais como demonstrar atenção, delicadeza, carinho, alegria, sensibilidade e preocupação para com os doentes. Para Chamma (1998), é importante e necessário o enfermeiro saber ouvir o doente, demonstrando interesse e sensibilidade aos seus sentimentos; tocar respeitosamente em seus ombros ou suas mãos, falar pausadamente e de frente em linguagem adequada e concisa para facilitar a compreensão.
- b) Foi aplicado um questionário estruturado com perguntas do tipo aberta abrangendo dois tópicos principais, ou seja, identificação e trajetória do doente (Anexo I).

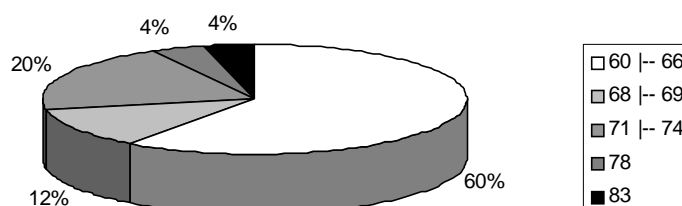
Os resultados foram analisados por meio de agrupamentos conforme semelhanças das respostas, sendo apresentados com números absolutos e percentuais evidenciados em tabelas e gráficos e na forma de discurso.

O questionário possibilitou realizar duas formas de análise: a primeira parte do questionário, que corresponde à identificação dos doentes, foi analisada em forma de números percentuais e absolutos. Na segunda parte do questionário, que caracteriza a trajetória de vida dos doentes, optamos agrupar por semelhanças as respostas dadas e proceder com análise interpretativa desses discursos. Para a realização desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos envolvendo seres humanos como informação sobre o objetivo, consentimento livre e esclarecimento do cliente para a participação no estudo, obedecendo as Normas da Resolução nº 196/96 (Brasil, C. N. S., 1996).

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

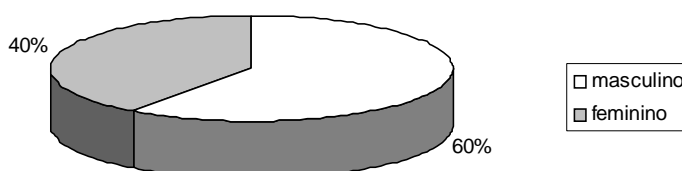
A primeira fase que a seguir apresentamos trata da identificação e caracterização dos idosos desta pesquisa.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR IDADE



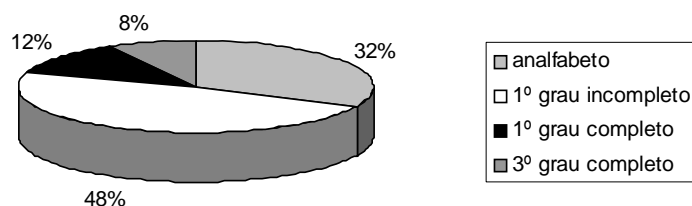
Evidenciamos no Gráfico acima que a idade variou de 60 a 83 anos, sendo que os idosos entre 60 e 66 anos somam 60%, 68 e 69 anos representam 12%, de 71 a 74 anos, 20% e 78 e 83 anos representam 4%.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS POR SEXO



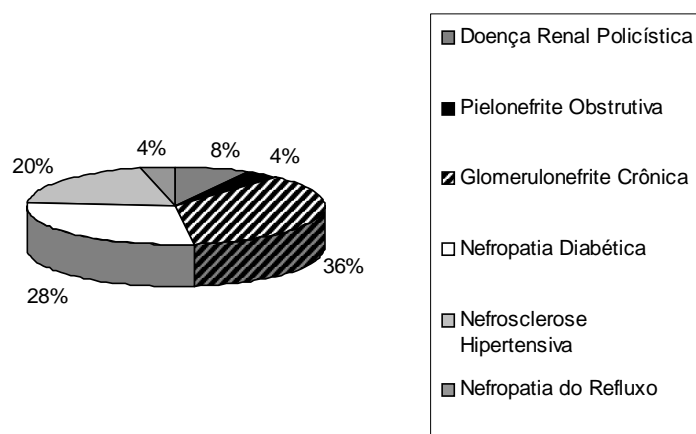
Com relação à distribuição levando em consideração a variável sexo, pode-se observar no Gráfico 2 que o sexo masculino (60%) se sobressaiu ao feminino (40%).

GRÁFICO 3 –DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO



Em relação ao grau de instrução, constata-se que 48% dos doentes idosos possuem o ensino fundamental incompleto; seguido por 32% de analfabetos; 12% com o ensino fundamental completo e apenas 8% com o superior completo.

GRÁFICO 4 –DISTRIBUIÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DA IRC EM IDOSOS



Dentre as enfermidades que acometem os rins, pode-se observar, conforme Riella (1996), “que algumas comprometem a função renal mais rapidamente, enquanto outras o fazem de uma forma mais lenta, mas progressiva. O resultado final são múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do rim de manter a homeostasia interna.”

A Insuficiência Renal Crônica é secundária a uma variedade de nefropatias com evolução e prognóstico desfavorável ao doente, levando a um comprometimento das funções renais, (Camargo et al., 1999). As principais causas encontradas em idosos, de acordo com o Gráfico 4, foram: a glomerulonefrite crônica, com 36%; a percentagem de idosos com IRC cuja etiologia é devido ao diabetes é de 28%. A prevalência do *Diabetes mellitus* em idosos acima de 65 anos de idade, de acordo com Mao (1998), é entre 7 e 10%; dentre as várias complicações, encontra-se a doença

renal, ou seja, nefropatia diabética. Nos idosos ocorre um aumento do coeficiente de tecido adiposo, em comparação à massa muscular, que por sua vez leva a uma redução da sensibilidade da célula à glicose. Há um comprometimento da recaptção da glicose mediada pela insulina em virtude de defeitos nos pós-receptores (Mao, 1998). Conforme Riella (1996), “o comprometimento renal no diabetes melito se caracteriza por um aumento da excreção urinária de albumina associado a alterações morfológicas glomerulares características”. Os glomérulos encontram-se lesados e as arteríolas apresentam arteriosclerose hialina.

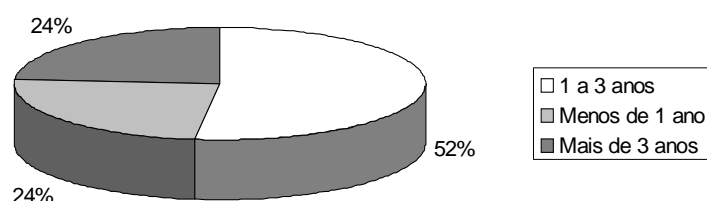
Segundo Riella (1996), a nefrosclerose hipertensiva é a manifestação renal da arteriosclerose generalizada e foi constatada em 20% dos idosos pesquisados. A hipertensão arterial é uma das principais causas de insuficiência renal que, conforme o processo de envelhecimento, ocorrem alterações estruturais e funcionais no sistema cardiovascular como comprometimento da elasticidade dos grandes vasos, culminando na elevação da pressão arterial sistólica, enquanto que o aumento da espessura das paredes das arteríolas determina a elevação da pressão arterial diastólica. A elevação prolongada da pressão arterial lesa os vasos sanguíneos dos olhos, do coração, dos rins e do cérebro. Ocorre um espessamento da parede arteriolar que contribui para aumentar a resistência periférica; este mecanismo pode comprometer o fluxo sanguíneo para os rins e musculatura cardíaca.

No recorte da realidade vivenciada e de acordo com o Gráfico 4, o número percentual de doentes com a doença renal policística é de 8%. Esta é uma doença hereditária autossômica dominante com penetrância próxima a 100% caracterizada pelo aumento da massa renal em decorrência da formação de cistos que podem conter líquido seroso amarelo-citrino ou pardacento quando houver hemorragia. Em se tratando da formação dos cistos, Wyngarden et al. (1993) acreditam na possibilidade de ser uma anormalidade genética ou adquirida na diferenciação celular, resultando em proliferação celular persistente, secreção de líquido e remodelagem da matriz extracelular. Em termos de prevalência, Farias e cols. (1999) colocam e analisam que essa patologia é responsável por 6 a 12% dos doentes que necessitam de transplante ou de diálise.

Ainda analisando o Gráfico 4 constatamos que 4% dos idosos renais que dialisam apresentam nefropatia do refluxo, um conjunto de lesões renais caracterizada pela perda irreversível do parênquima renal, em que os rins apresentam-se reduzidos de tamanho e, além disso, está associada ao refluxo vesicouretral primário que é uma anomalia congênita com etiopatogenia nas cicatrizes renais advindas de repetidas infecções do trato urinário, conforme Riella (1996).

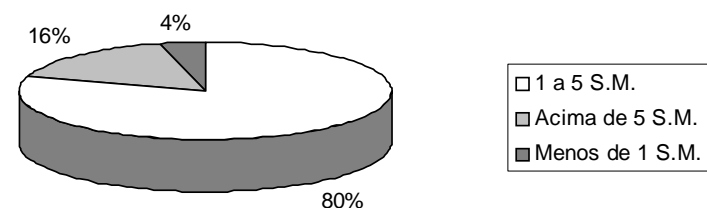
A pielonefrite obstrutiva também apresentou a mesma incidência (4%) da nefropatia do refluxo nos idosos renais crônicos submetidos a tratamento dialítico. Trata-se de um distúrbio renal decorrente de episódios frequentes de infecção e inflamação do trato urinário, comprometendo as funções dos túbulos, do interstício e da pelve renal. As bactérias são as principais causadoras, embora leveduras, fungos e vírus possam também produzir infecção urinária. As infecções do trato urinário, conforme Wyngarden et al (1993), “resultam mais comumente da invasão transuretral ascendente da bexiga por bacilos aeróbicos gram negativos patogênicos presentes no intestino grosso [...]”.

GRÁFICO 5 –DISTRIBUIÇÃO EM RELAÇÃO COM O TEMPO DE REALIZAÇÃO DA HEMODIÁLISE



O tempo de hemodiálise refere-se a quanto tempo o paciente está sob esta modalidade de tratamento. Os dados acima revelam que 52% dos doentes dialisam entre 1 e 3 anos; 24% a menos de 1 ano e os 24% restantes a mais de 3 anos.

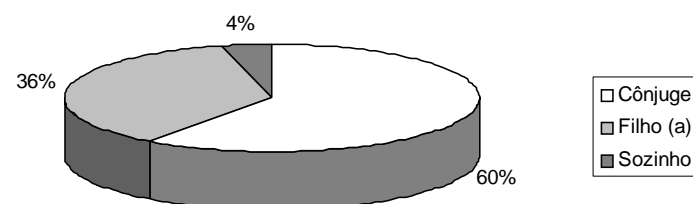
GRÁFICO 6 –DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS COM RELAÇÃO A RENDA MENSAL



*1 salário mínimo equivale a R\$151,00.

Constatamos pelo Gráfico 6, que a maior renda mensal dos idosos é de 1 a 5 salários mínimos, com 80%, seguida de 16% dos idosos com renda acima de 5 salários mínimos e apenas 4% com menos de 1 salário mínimo. Segundo o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), em 1994 o número de idosos apresentados em Curitiba era de 95.870, sendo que destes, 45.907, ou seja, 47,89%, recebem um salário mínimo, que em 1995 correspondia a 100 reais (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996).

GRÁFICO 7 –DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS ANALISANDO O QUESITO “COM QUEM MORA”?



Na realidade observada com idosos renais crônicos, o Gráfico 7 confirma que 60% destes moram com o cônjuge; 36% com o filho ou filha, pois alguns realizam o tratamento fora de sua cidade, e outros devido à viuvez; e apenas 4% moram sozinhos, situação em que o vizinho adquire papel de cuidador informal.

4 ANÁLISE DE DISCURSO

Nessa fase de apresentação e discussão, apresentamos a trajetória enfrentada pelos doentes idosos renais crônicos.

Ao serem questionados como viviam antes de adoecer por IRC, os discursos de 50% dos entrevistados enfatizam que a vida é sinônimo de trabalho, de produtividade com fins de melhora da condição financeira, que antigamente ficava sob a responsabilidade do chefe da família, que agora estão dependentes do pouco dinheiro de suas aposentadorias e que às vezes “custa caro” atender as necessidades da família. Surge então a figura do companheiro que colabora na manutenção financeira do lar, Polak et al (1996) constataram, em pesquisa realizada com adultos, que “trabalho é o resultado de uma longa e dura trajetória da humanidade, é central na vida do trabalhador, [...] dá sentido a todas as atividades sociais, políticas e culturais, [...] implica em ter uma condição financeira, em ser saudável”. Para 10% dos entrevistados, além do trabalho, cuidavam dos filhos.

Dos entrevistados, 15% relataram que passaram a morar com familiares para facilitar o tratamento. E que para 25% a vida para representava ter boa saúde, participar de atividades sociais e de lazer, o que agora está restrito.

A descoberta da insuficiência renal crônica em 24% dos idosos aconteceu por meio de internação de outra doença correlacionada ou não com o problema renal e para 76% por comprovação através de exames laboratoriais.

Para o doente renal idoso ser dependente da hemodiálise significa: “ter compromisso (16%); sacrifício, estar preso a uma máquina (37%); falta de liberdade (25%); lutar pela vida, cuidar de si e ter fé (22%)”.

Com relação ao transplante renal, 36% dos doentes idosos se posicionam a favor e, se fosse possível, com certeza realizariam este modo de tratamento pelas seguintes razões: liberdade (25%); melhora da qualidade de vida (62,5%); “não depender de uma máquina para sobreviver” (12,5%).

Em contrapartida, 64% dos entrevistados são contra o transplante e argumentam o seguinte: dúvidas em relação ao transplante renal (14%); “pós-transplante exige cuidado dobrado e ingerir muito fármaco de custo elevado” (8%); medo de rejeição, medo da morte, medo da intervenção cirúrgica (35%); retorno a hemodiálise (4%); contra-indicação médica, idade avançada (22%); opção pelo tratamento de CAPD (4%); “não é garantia de qualidade de vida” (4%); “tecnologia que necessita ser aperfeiçoada” (9%).

Após descobrir a IRC e iniciar a diálise, 56% dos doentes referiram estar bem e que para continuarem desta forma necessitam “cuidar da alimentação e reduzir a ingesta hídrica”; 24% dos doentes relataram melhora dos sintomas clínicos; e 20% sentiram pouca melhora dos sintomas desde o início do tratamento.

Além de doente renal crônico ha que se considerar o fator idade e suas dificuldades, porém 44% alegam não enfrentar dificuldades; e 56% afirmam enfrentar dificuldades como: locomoção por redução da atividade física e por depender de um transporte para as sessões de diálise (30,6%); dificuldades financeiras (30,6%); luto (7,1%); sentir-se inútil (10,4%); cansaço e tédio da rotina da diálise (14,2%); preocupação com familiar com problemas de saúde (7,1%).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo não tem o propósito de encerrar a temática abordada, a respeito do idoso e principalmente do renal crônico, mas uma tendência de conhecermos as mudanças provocadas pela doença para que possamos planejar atuações condizentes com a real necessidade desse doente.

Dentre os aspectos identificados nas trajetórias de vida pudemos construir uma ponte, o qual percorremos junto com os doentes. Seu início foi o ontem, marcado pelo trabalho, liberdade e lazer e, na outra extremidade o hoje, representado pela aposentadoria, dúvidas, medos, necessidades financeiras e uma série de cuidados e restrições advindas do tratamento.

Após analisarmos e discutirmos os resultados obtidos, ousamos sugerir – e para nós é uma condição imposta – a criação de grupos de convivência com a finalidade de fortalecer a auto-estima e de compartilhar experiências de vida que os auxiliem a desenvolver mecanismos de enfrentamento do hoje.

ABSTRACT: This study is a research exploratory descriptive with twenty five (25) patients elderlies chronic renal failure in a private hemodialysis clinic. The purpose is describe the trajectory of elderlies renal disease. The data gathering has been done through a questionnaire applied to the elderlies, with open questions about their identifications and trajectories. The findings demonstrated that: age between sixty (60) and eighty three (83); sixty percent (60%) live with their husband/wife; fifty percent (50%) worked; thirty six percent (36%) are favour of renal transplant and sixty four percent (64%) are against; for elderlies the difficults are: power moving from home at clinic; and financial (30,6%), and then tired (14,2%).

KEY WORDS: Kidney failure chronic; Hemodialysis; Aged.

REFERÊNCIAS

- 1 ABENSIER, H. Tratamento substitutivo da função renal na década de 90. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v.16, n.3, p. 134-136, set. 1994.
- 2 ALMEIDA, J. B. Revisão-Atualização em hipertensão arterial: hipertensão arterial e a progressão da lesão renal. Em que podemos intervir ? **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v.20, n.3, p. 327-331, set. 1998.
- 3 ASSIS, M. O envelhecimento humano e suas conseqüências. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- 4 BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação governamental integrado para o desenvolvimento da política nacional do idoso.** Brasília, 1996.
- 5 BUSSE, E. W. Mito, história e ciência do envelhecimento. In: BLAZER, D. **Psiquiatria geriátrica.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 19.
- 6 CAMARGO, M. F. et al. Avaliação ponder-estatural de crianças e de adolescentes com insuficiência renal crônica. Comparação do período pré e pós-dialítico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v.21 n.3, p. 97-104, set. 1999.
- 7 CARVALHO FILHO, E. T. C.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica, terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1994.
- 8 CHAMMA, R. C. Interação enfermeiro-doente mental idoso: uma proposta humanizadora. **Nursing.**, São Paulo, v.1, n.2, p. 24-27, jul. 1998.
- 9 DAUGIRDAS, J. T.; STONE, J. C. V. Princípios fisiológicos. In: DAUGIRDAS, John T.; ING, T. S. **Manual de diálise.** 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996. p.13-30.
- 10 DUARTE, M. J. R. S. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 17-34.
- 11 FERNANDES, M. G. M. Avaliação da capacidade funcional em idosos. **Nursing.**, São Paulo, v. 2, n.13, p. 26-29, jun. 1999.
- 12 GONÇALVES, L. H. T.; STEVENSON, J. S.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n.2, p.291-294, maio./ago. 1997.
- 13 GOLDIM, J. R. Bioética e envelhecimento. **Gerontologia**, São Paulo, v.5, n.2, p. 68-71, 1997.
- 14 HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos?** Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- 15 LIMA, J. A. P. Ser idoso: que mudança, que adaptação? **Nursing.**, São Paulo, v.10 n.113, p. 28, jul./ago. 1997.

- 16 MAO, C. A. Diabete melito. In: FORCILA, M. A.; MOUREY, R. L. **Segredos em geriatria**: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 288-294.
- 17 NUSSENZVEIG, I. Envelhecimento renal. In: CARVALHO FILHO, E. T. C.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatria**: fundamentos, clínica, terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994.
- 18 PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.
- 19 POLAK, Y. N. S. et. al. A compreensão de saúde dos adultos da grande Curitiba. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.1, n.1, p. 47-51, jan./jun., 1996.
- 20 RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 21 SAES, S. C. Alterações comportamentais em renais crônicos. **Nursing**, v.2 n.12, p. 17-19, maio, 1999.
- 22 SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. v.3.
- 23 VERAS, R. P. Aspectos demográficos. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 49-50.
- 24 VIEIRA, C. M.; GLASHAN, R. Q. Aspectos gerais da anatomia e fisiologia do envelhecimento: uma abordagem para o enfermeiro. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 9, n.3, p. 24-30, set/dez, 1996.
- 25 WYNGARDEN, J. B.; SMITH JÚNIOR, L. H.; BENNETT, J. C. **Tratado de medicina interna**. 19. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.1.

Endereço do autor:
Rua Saint Hilaire, 657 - ap. 32
80240-140 - Curitiba - Paraná
E-mail fraubialy@bol.com.br

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Grau de Instrução: _____

Qual é a sua renda mensal? _____

Com quem mora? _____

Há quanto tempo realiza hemodiálise? _____

Já realizou transplante? _____

2- TRAJETÓRIA

Como era sua vida antes de adoecer?

Como descobriu a doença?

O que significa ser um paciente dependente de hemodiálise?

Qual é a sua opinião a respeito do transplante renal? Já pensou em realizar? Por quê?

Como se sente atualmente?

Como idoso, enfrenta alguma dificuldade? Qual?
